

Name, Vorname: _____

FRANK MADER
Facharzt für Innere Medizin
Hausärztliche Versorgung u. Geriatrie
Manualtherapie u. Chirotherapie
Verkehrsmedizin
Psychosomatische Grundversorgung
Schmerzmedizinische Grundversorgung
Palliativmedizinische hausärztliche Versorgung

Coesfelder Str. 58 48653 Coesfeld

Telefon: 02546/346

e-mail: arztpraxis-mader@t-online.de

www.info@arztpraxis-mader.de



Patientenverfügung

Ich

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

bestimmte für den Fall, dass ich vorübergehend oder dauerhaft außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder verständlich zu äußern, dass

1. diese Verfügung für folgende Situationen gültig ist:

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Wenn ich mich nach ärztlicher Diagnose aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ich mich im Endstadium einer tödlich verlaufenden oder unheilbaren Krankheit befinde, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht abzusehen ist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Name, Vorname: _____

JA

NEIN

- Wenn aufgrund einer Gehirnschädigung meine Einsichtsfähigkeit Entscheidungen zu treffen und diese anderen mitzuteilen, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren ist, auch wenn

mein Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen, Tumore, fortgeschrittenen Hirnabbauprozess und indirekte Gehirnschädigung, z.B. nach Wiederbelebung, Schock Oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand möglich, aber höchst unwahrscheinlich ist.

- Wenn ich aufgrund eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. Demenzerkrankung) auch mit dauernder Hilfestellung nicht mehr fähig bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise aufzunehmen.
- Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Erkrankungen mit entsprechenden Symptomen sollen in derselben Weise beurteilt werden.

-
.....
.....

Name, Vorname: _____

2. In sämtlichen von mir unter Punkt 1 mit „JA“ angekreuzten Situation wünsche ich, dass folgende ärztliche und pflegerische Maßnahmen eingeleitet, unterlassen oder beendet werden:

Lebenserhaltende Maßnahmen

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche, dass alles medizinisch Mögliche unternommen wird, um mich am Leben zu erhalten und Beschwerden zu lindern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich wünsche die Unterlassung aller lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen, die lediglich den Todeszeitpunkt verzögern und dadurch mein Leiden unnötig verlängern würden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | | |
| | | |

Schmerz- und Symptombehandlung

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung, insbesondere lindernde pflegerische Maßnahmen wie Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen wie Bekämpfung von Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit und anderen Krankheitserscheinungen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich wünsche, wenn andere medizinische Mittel keine Linderung bringen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Eine dadurch evtl. bedingte Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich in Kauf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • | | |
| | | |

Name, Vorname: _____

	JA	NEIN
Künstliche Ernährung		
• Ich wünsche parenterale Ernährung (in die Venen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich wünsche enterale Ernährung (direkt in den Magen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich wünsche eine verminderte Ernährung nach ärztlichem Ermessen, gleich auf welchem Weg oder in welcher Form.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Künstliche Flüssigkeitszufuhr		
• Ich wünsche eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich wünsche eine verminderte Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich wünsche keine künstliche Flüssigkeitszufuhr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•		
.....		

Künstliche Beatmung	JA	NEIN
• Ich wünsche eine künstliche Beatmung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ich wünsche keine künstliche Beatmung, aber die Linderung von Atembeschwerden mit Medikamenten und pflegerischen Methoden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
•		
.....		

Name, Vorname: _____

JA

NEIN

Wiederbelebungsmaßnahmen

- Ich wünsche Wiederbelebungsmaßnahmen. JA NEIN
-
-

3. Ich wünsche eine Sterbebegleitung

- durch einen/den Hospizdienst
- durch einen/den Seelsorger
- durch

4. Ich besitze einen Organspendeausweis

Dieser befindet sich bei/in: JA NEIN

.....

5. Sonstiges

.....

.....

Name, Vorname: _____

Zusätzlich zu dieser Patientenverfügung habe ich eine **Vorsorgevollmacht** erstellt. JA NEIN

Ich habe den Inhalt dieser Patientenverfügung mit folgender von mir Bevollmächtigten Person ausführlich besprochen:

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Ich habe eine **Betreuungsverfügung** erstellt. JA NEIN

Diese ist hinterlegt bei/in:

.....
.....
.....
.....

Weitere erklärende Bestandteile dieser Verfügung sind:

- Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen
- Eine Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit.

Diese Patientenverfügung habe ich nach sehr sorgfältigen Überlegungen erstellt. Sie gilt als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Diese Patientenverfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

.....
Ort, Datum, Unterschrift

Name, Vorname: _____

Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

die Patientenverfügung vom (Datum) im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte verfasst hat und einwilligungsfähig ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin

Name, Vorname: _____

Ergänzung aufgrund einer bestehenden schweren Krankheit

(Dieses Formular muss zusammen mit Ihrem behandelnden Arzt ausgefüllt werden.)

Diagnose:

.....
.....
.....

Eventuelle Komplikationen	Vom Patienten erwünschte Behandlung

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschrift und Stempel des/der behandelnden Arztes/Ärztin